

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 132

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU
TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES
PAR LES INJECTIONS SCLÉROSANTES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Avril 1935

PAR

Louis-Pierre-Marc DOULIOUS

Né à Ygos (Landes), le 28 mars 1910.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur.....	Président.
PAPIN, professeur	
JEANNENEY, professeur	Juges
LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 132

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU
TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES
PAR LES INJECTIONS SCLÉROSANTES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Avril 1935

PAR

Louis-Pierre-Marc DOULIOUS

Né à Ygos (Landes), le 28 mars 1910.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur.....	Président.
PAPIN, professeur	Juges
JEANNENEY, professeur	
LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1935

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen.....	M. MAURIAC
Assesseur.....	M. LABAT
Doyen honoraire.....	M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale.....	DUPERIE	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	BEGOUIN.	Clinique biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	GUYOT.	Physique médicale et pharmacologique.....	C. SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Anatomie.....	SABIEAZES.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie.....	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Chimie.....	RÉCROU	Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Botanique et matière médicale.....	CHEILLE.		
Pharmacie.....	GOLSE.		
Zoologie et parasitologie.	DUPOUY.		
Médecine expérimentale..	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique.	AUBERTIN.		
	TEULIERES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECO.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie.....	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIERE.
		Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
		Oto-Rhino-Laryngologie.....	DESPONS
Médecine générale.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	PIECHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..	VITTE.
	DE GRAILLY		
	FONTAN		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Physiologie.....	FABRE	Ophtalmologie.....	CABANNES (en congé)
Médecine opératoire.....	F. PAPIN	Puericulture.....	FAUGERE
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	VITTE
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ortopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS'MERES

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE MATERNEL

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE MATERNEL

A MES PARENTS

*Bien faible témoignage de
ma reconnaissance et de ma
profonde affection.*

AUX MAÎTRES DU COLLÈGE
NOTRE-DAME DE DAX.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN-ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré le sujet
de ce travail et nous a guidé
dans sa réalisation; que nous
tenons à assurer de notre pro-
fonde reconnaissance.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX.

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur de présider
notre thèse. Hommage de
profond attachement et de
respectueuse reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, nous voudrions exprimer ici notre reconnaissance et notre respect à ceux qui furent pour nous des maîtres dévoués et bienveillants.

Il nous est agréable de nous rappeler le premier jour de nos études, où, dans son service de l'Hôpital Saint-André, Monsieur le Professeur Papin nous donna de sages conseils. Nous l'assurons de notre reconnaissance pour ses précieux enseignements.

Nous remercions Monsieur le Professeur agrégé Fabre de l'intérêt et de la bienveillance qu'il nous a témoignés en maintes circonstances.

Nous exprimons toute notre gratitude à Monsieur le Professeur Jeanneney qui nous a prodigué ses conseils éclairés à chaque pas du travail qu'il nous a inspiré.

Que Monsieur le Professeur Guyot que nous avons suivi avec intérêt au lit des malades, aux leçons magistrales duquel nous avons eu l'honneur d'assister, veuille bien accepter l'assurance de notre gratitude et de notre respectueux attachement. Il nous a toujours témoigné une grande bienveillance et a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre humble travail.

EXPOSE DU SUJET

Nous diviserons notre thèse :

Chapitre premier :

Etude anatomopathologique.

Clinique des hémorroïdes.

Chapitre deuxième :

Historique.

Technique des injections sclérosantes.

Chapitre troisième :

Résultats anatomo-cliniques.

Incidents de la méthode.

Chapitre quatrième :

Contre-indications.

Indications.

Chapitre cinquième :

Observations.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE.

On désigne par « hémorroïde » une dilatation permanente et pathologique sous forme de varices des veines ano-rectales.

Avant d'entreprendre le traitement des hémorroïdes, il nous paraît tout à fait indispensable de passer rapidement en revue l'anatomie pathologique, les symptômes et complications de celles-ci, tant pour nous situer la question que pour préciser les différentes formes anatomo-cliniques. En effet, suivant les variétés de ces varices ano-rectales, il existera des modifications plus ou moins marquées dans l'application du procédé thérapeutique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On distingue trois sortes d'hémorroïdes :

1° *Hémorroïdes externes* : situées au-dessous du sphincter, elles se présentent au fond de l'anus comme des saillies arrondies solitaires ou multiples formées par des replis ridés et plissés de la peau de la région périanale.

2° *Hémorroïdes internes* : présentent plusieurs formes macroscopiques :

a) La couronne angiomateuse diffuse, bourrelet circulaire assez régulier recouvert de muqueuse ;

b) Forme tumorale, grosse masse pédiculée ou sessile recouverte de muqueuse.

3° *Hémorroïdes mixtes ou intermédiaires* : sont constituées par le même paquet variqueux qui s'étend de part et d'autre du sphincter et sont revêtues par un tissu cutanéomuqueux.

Quelle que soit la variété, les lésions histologiques sont représentées par une *diminution de l'élément contractile*, une transformation scléreuse des parois, et une *dilatation vasculaire*.

SYMPTOMATOLOGIE.

Correspondant aux formes anatomo-pathologiques, il existe trois formes cliniques :

1° *Hémorroïdes externes*. — Leur histoire clinique se résume en des crises fluxionnaires passagères. Dans les formes légères, la tumeur hémorroïdaire s'endolorit, se tend et les symptômes se réduisent à une gêne dans la marche et la station assise. Parfois, cette turgescence douloureuse est plus vive : la varice devient dure, lisse, cuisante, rosée, la peau est très sensible, la défécation extrêmement pénible et redoutée. Généralement, en trois ou quatre jours l'accalmie se fait et la tumeur reprend son caractère d'hémorroïde flasque, souple et indolente.

2° *Hémorroïdes internes*. — a) Dans le cas de bourrelet angiomateux, les manifestations cliniques sont représentées par des processus d'anite hémorroïdaire. Celle-ci se traduit par une sensation de plénitude douloureuse vers le fondement, surtout marquée au moment de la défécation. Le symptôme décisif est l'hémorragie qui accompagne leur turgescence ; elle suit la défécation sous forme de sang rutilant non mélangé aux matières.

b) Dans les formes tumorales, autre expression de l'hémorroïde interne, la symptomatologie fonctionnelle est sensiblement identique. C'est l'anuscopie et le toucher rectal qui permettent de différencier ces deux types.

3° *Hémorroïdes mixtes*. — Celles-ci réalisent un complexe de symptomatologie fluxionnaire et hémorragique.

COMPLICATIONS.

Elles sont de plusieurs ordres.

a) La proéminence est une complication très fréquente des hémorroïdes pédiculées internes. Elle se borne parfois dans une gêne de la défécation. Quand le prolapsus est plus volumineux, on observe des douleurs et des faux besoins qui peuvent persister après la réduction.

Parfois, l'irréductibilité se prolonge, les souffrances deviennent plus vives, provoquent par voie réflexe le spasme des sphincters. Dès lors, il s'établit un cercle vicieux, la contracture sphinctérienne augmentant la turgescence et cette dernière accroissant le spasme : il y a étranglement. A l'examen de la région anale, on trouve une masse centrale composée de bosselures rondes, d'un rouge foncé ou violacé à surface lisse et recouverte de mucosités.

Le prolapsus hémorroïdaire peut aboutir au sphacèle partiel ou total par gangrène de la portion étranglée.

b) *Les hémorragies*. — A côté des hémorragies symptomatiques de la turgescence hémorroïdaire, il en existe d'autres qui sont dues à la rupture des varices. Il peut y avoir un petit écoulement sanguin, mais aussi parfois hémorragie abondante.

c) *Suppuration*. — La phlébite locale que constitue la poussée fluxionnaire peut aboutir quelquefois à la formation d'un abcès ou d'une suppuration.

d) *La fissure*. — Les hémorroïdes se compliquent dans quelques cas également de fissure à l'anus.

e) *La rectite*. — Les hémorroïdes internes sont assez souvent à l'origine d'anite comme nous l'avons vu et de rectite. Chez certains sujets, ordinairement constipés, dyspeptiques, souffrant de coliques hémorroïdales, on observe un écoulement muqueux puis mucopurulent. Les anciens désignaient sous le nom d'hémorroïdes blanches, ce catarrhe chronique du rectum.

f) *L'anémie*. — Les saignements provenant soit d'hémorragies capillaires de la muqueuse, soit de la rupture d'une ampoule variqueuse, soit d'érosions, peuvent, par leur répétition, entraîner un état d'anémie grave.

DIAGNOSTIC.

En présence d'hémorroïdes externes, la confusion n'est possible qu'avec les condylomes. Or ceux-ci sont durs, recouverts d'une peau qui conserve généralement son épaisseur et sa consistance et ils siègent le plus souvent à la partie postérieure de l'anus, tandis que les hémorroïdes externes siègent en un point quelconque du pourtour de l'orifice.

Le diagnostic des hémorroïdes internes se discute différemment suivant la prédominance d'un symptôme ou la présence d'une complication.

Lorsque l'hémorroïde interne est turgescence et se traduit par des hémorragies, elle peut être confondue avec un polype. Mais cette dernière affection est rare, elle s'observe plus fréquemment chez les enfants ; il est unique. Par le toucher rectal, qui doit systématiquement être pratiqué dans toutes les maladies de la région, on sent une grosse tumeur relativement dure, souvent pédiculée. D'ailleurs, il est rare que l'on pratique le toucher rectal, lorsque les

hémorroïdes sont turgescents, de sorte que ce diagnostic différentiel ne se pose pas souvent.

En présence d'hémorroïde interne se compliquant de procidence réductible, on peut se demander si on n'a pas affaire à un polype ou à un prolapsus de la muqueuse rectale. Il s'agit dans cette dernière éventualité d'une tumeur à forme de cylindre complet à surface plissée et rougeâtre. A la périphérie, ce cylindre muqueux se continue avec la peau de l'anus et, au centre, il existe un orifice par lequel on entre dans l'intestin. C'est en somme un bourrelet continu péri-anal.

Lorsque les hémorroïdes s'accompagnent d'anusite et suintement leucorrhéique avec de temps en temps des écoulements sanguins, on peut penser au cancer du rectum. Dans ce cas, le toucher rectal permet de reconnaître des masses bourgeonnantes, irrégulières, dures, saignant facilement, qui signent la lésion cancéreuse et sont si différentes des saillies lisses et souples des hémorroïdes qu'il est impossible de faire la confusion. Toutefois, il faut bien savoir qu'il peut y avoir coexistence de ces deux lésions et ne pas laisser passer sous l'étiquette d'hémorroïde un cancer situé un peu plus haut.

CHAPITRE II

LES INJECTIONS SCLEROSANTES.

HISTORIQUE ET TECHNIQUE.

Née avec la découverte de la seringue de Pravaz en 1851, la thérapeutique par injections sclérosantes fut employée d'abord pour les varices : en 1853, en effet, l'école lyonnaise avec Desgranges et Valette, l'école parisienne avec Chassaignac, tentèrent les premières injections intravariqueuses avec 2 ou 3 gouttes d'une solution de perchlorure de fer.

De là, à appliquer la méthode pour le traitement des hémorroïdes, il n'y avait qu'un pas. Mitchell, en Amérique, en 1871, préconisa ce traitement qui trouva des adeptes chez les médecins anglais et américains Anderson, Hirschmann, Yeomann, Jackson, Terrel, Montagu, Murphy et Nummery.

Roux (de Lausanne), Boas, Barth, Von Noorden en Allemagne, José Jordé (de Buenos-Ayres), Edmond Escourel (de Lima), Bergulend et Meisen dans les Pays Scandinaves publièrent des statistiques fort satisfaisantes.

En France, après qu'en 1920, Sicard eut préconisé pour les varices, l'injection d'une solution de carbonate de soude, puis de salicylate de soude, et qu'en 1922, Genevrier, pour la même affection, eut préconisé la solution de chlorhydrate de quinine solubilisé par l'uréthane, Bensaude, en mai 1923, fit une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, où il exposa la méthode et la technique des injections sclérosantes pour le traitement des hé-

morroïdes. Depuis, cette méthode n'a cessé d'avoir des défenseurs tels que Oury, Delater, Vendel et enfin Bellot.

Mitchell avait employé de la glycérine phéniquée (3 parties d'eau, 3 parties de glycérine, 1 partie d'acide phénique). Mais ces injections douloureuses avaient donné à Andrew de Chicago, plusieurs cas de gangrène. Depuis, on a essayé le sulfate de zinc, le sulfate de fer, le perchlorure de fer, la créosote, l'ergot de seigle (Everett), l'acide tannique, l'éther iodoformé (Beck), le carbonate de soude, l'eau salée bouillante (Loffon), l'adrénaline (Krukenberg).

Boas après anesthésie locale et extériorisation des hé-morroïdes par l'application durant 20 minutes d'une ventouse de Bier, injectait un demi à un cme au plus d'alcool à 96°, successivement et en une séance, à toutes les tumeurs qui sont ensuite rentrées. Cet auteur maintenait ensuite le malade pendant deux jours immobile en décubitus dorsal. Le sujet était mis à une diète légère pendant 3 à 4 jours et n'était autorisé à se lever qu'au bout de 8 jours.

Dunbar, en Angleterre, employait une solution phéniquée à 10 %, Kennedy et Murphy une solution phéniquée à 20 %. Terrel et Bensaude emploient du chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 % dont ils injectent 3 à 5 cme. toutes les semaines pendant trois mois. Ils utilisent aussi des injections phéniquées suivant la formule suivante :

Acide phénique	10 gr.	
Eau distillée		aa pour 25 cme.
Glycérine		

dont ils injectent 2 à 3 dixièmes de cme à chaque séance.

On a aussi employé la solution de glucose à 50 %.

Jausion, Medioni, Pecker et Gozian ont préconisé la glycérine chromée :

Glycérine	126 gr.
Alun de chrome	1,5 gr.
Eau distillée	200 gr.

Ils injectent 5 cc. de la solution à la fois dans les veines et dans le tissu interstitiel en 3 ou 4 points différents. Une séance suffit généralement pour obtenir la guérison.

Bellot, traitant en une seule séance les hémorroïdes emploie la solution de quinine uréthane concentrée à 40 %.

TECHNIQUE DE LA MÉTHODE.

Le procédé qui nous semble le meilleur consiste à injecter à 5 ou 6 reprises 3 à 5 cc. d'une solution aqueuse de chlorhydrate double de quinine et d'urée. L'on pratique des injections interstitielles de la solution à 5 %. Cette méthode n'expose que très rarement aux accidents thrombotiques et à des complications fâcheuses.

Ce procédé a d'ailleurs été préconisé par Bensaude et Oury.

Le matériel opératoire est des plus simples. Il comprend :

- 1° L'anuscope de Bensaude;
- 2° Seringue de Collin à 5 cc. avec embout métallique de 8 cm. et montée avec une aiguille fine de 2 centimètres;
- 3° Tampons montés pour écouvillonner le rectum et porter sur la muqueuse un peu de teinture d'iode dédoublée avant la piqûre.
- 4° Ampoules de 5 cc. contenant le chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 %.
- 5° Vaseline pour graisser l'anuscope.

Dans un premier temps, le malade étant en position gènu-pectorale, l'anuscope est enfoncé à fond de course et retiré lentement. Lorsque le bourrelet apparaît, on touche la muqueuse à la teinture d'iode ou à l'essence de goménol.

La muqueuse est tendue le mieux possible par une bonne pression sur le manche de l'anuscopé.

Dans un deuxième temps, on pique dans le tissu sous-muqueux, immédiatement au-dessus du bourrelet hémorroïdaire ; l'injection ne doit pas se faire au niveau de la muqueuse, rouge vif, plissée et empâtée de la masse hémorroïdaire, mais au-dessus, au niveau de la muqueuse rose pâle d'aspect normal. On enfonce l'aiguille de façon à pénétrer dans le tissu sous-muqueux de quelques millimètres, on pique d'un petit mouvement sec et on enfonce l'aiguille jusqu'à la garde obliquement.

Dans un troisième temps, on pratique l'injection proprement dite, avec une certaine force. Normalement, la muqueuse pâlit et se boursoufle, se trouvant comme décollée de la sous-muqueuse. L'injection est le plus souvent indolore.

Si, dès le premier centimètre cube, l'injection est douloureuse, si la muqueuse se distend rapidement, devient blanc grisâtre et présente l'aspect de « vessie de poisson » dû à la minceur de la pellicule muqueuse soulevée par le liquide, c'est que l'injection est trop superficielle. Pratiquée dans la muqueuse, l'injection en dissocie les fibres et, douloureuse, reste sans effets.

Si, inversement, l'injection tout en étant douloureuse, ne modifie pas la teinte des tissus, c'est que l'injection est trop profonde et faite dans la musculieuse.

Dans l'un et l'autre cas qui exposent au sphacèle, il est bon d'exprimer le liquide injecté et de refaire la piqûre au point d'élection, qui est la sous-muqueuse.

Dans un quatrième temps, l'injection ayant été pratiquée

(3 à 5 cc.), on touche à la teinture d'iode dédoublée et le malade reste étendu 20 minutes.

Il est bon de respecter les commissures antérieures à cause de la prostate et des vésicules séminales.

Ces injections se font tous les 8 jours. La seconde est pratiquée sur la face opposée à la première, les deux suivantes aux extrémités d'une diagonale croisant à angle droit la ligne des deux premières.

Ces injections interstitielles au niveau de la zone sous-hémorroïdaire, espacées de six à huit jours et faites chaque fois en des pôles différents sont, pour ainsi dire, exemptes de danger. Les abcès, les phlébites, les grosses complications hépatiques et pulmonaires, signalés au cours du traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes, nea sont jamais rencontrés au cours de ces injections, mais toujours au cours des injections intra-veineuses, intra-ampullaires.

CHAPITRE III

RESULTATS CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES. INCIDENTS.

Dès la première injection, le malade est souvent soulagé, mais la guérison complète ne se fait qu'après la cinquième ou sixième injection : les hémorragies, les douleurs, la pesanteur, les démangeaisons, le prurit ont alors disparu.

Dans ses travaux sur l'anatomie pathologique des hémorroïdes sclérosées par le traitement sclérosant, Filderman a montré que comme dans les varices, le processus curateur est la phlébosclérose; mais dans les varices, l'injection se fait dans la lumière des vaisseaux, il en résulte une hyperplasie de toutes les tuniques de la veine et le processus sclérosant oblitérant correspond macroscopiquement à un gonflement concentrique et excentrique des parois.

Pour les hémorroïdes au contraire, l'injection est interstitielle, mais la même réaction ne s'en produit pas moins. Il se produit principalement un phénomène de périphlébite, une sclérose périveineuse intéressant le tissu de soutien de telle sorte que les lumières hémorroïdaires ne sont pas thrombosées mais étranglées par ce processus curateur. Il s'en suivra une tuméfaction indolore, rose pâle. Ce gonflement d'ordre œdémateux diffère par ses caractères du gonflement digestif qui, lui, est douloureux et rose violacé. Le processus curateur est donc aseptique : le tissu conjonc-

tif réagit au contact de la substance injectée en sécrétant à l'excès de la substance collagène. La sclérose n'est pas l'œuvre d'une multiplication préalable des cellules fixes ou migratrices.

INCIDENTS DE LA MÉTHODE.

Cette méthode n'est pas sans incidents, d'ordinaire, d'ailleurs, peu fâcheux. Tout d'abord ces incidents peuvent être dus à la *toxicité* du produit employé, toxicité à laquelle certains malades se trouveront sensibles. Chaque malade d'ailleurs réagira à sa façon : on peut noter des bourdonnements, de la congestion de la face, des vertiges, des frissons, des nausées, des coliques intestinales ou utérines, de petites hémorragies. Tout cela survient dans l'heure qui suit l'injection. Plus tard, on peut avoir de l'urticaire. Une *éruption prurigineuse*, parfois rubéolique, peut apparaître vers le troisième jour et se prolonger une huitaine de jours, incidents qui d'ailleurs ne doivent pas arrêter le traitement. Parfois, la quinine *anesthésie la muqueuse* et le malade ne sent pas passer les matières lors des premières selles liquides. Il ne s'agit pas d'une parésie sphinctérienne, ce dont on se rend compte par le toucher rectal, en priant le malade de serrer le sphincter, mais d'une hypoesthésie qui disparaît rapidement.

L'injection sur la face antérieure du cylindre anorectal peut donner lieu à du *prostatisme*, à des *mictions fréquentes*, même à un écoulement urétral, phénomènes d'ailleurs passagers. M. Marty (*Journ. Méd. de Bordeaux*, 20 févr. 1931) a noté un cas d'impuissance : il s'agissait d'un homme marié de 35 ans, qui, à la suite de la première injection faite à 7 heures au cadran rectal (le malade étant en position géno-pectorale), n'avait que des ébauches d'érection. C'est le seul exemple cité dans la littérature. M. Marty, d'ailleurs, l'attribue surtout au psychisme du malade.

Enfin, on peut avoir des incidents d'ordre *mécanique*. Ils

consistent principalement dans les *douleurs* et le *sphacèle*.

Avec Delater et Vendel, nous pouvons diviser les *douleurs* en trois variétés chronologiques :

— Une variété accompagne immédiatement l'injection : elle est due à la distention des terminaisons nerveuses par l'introduction de la solution sclérosante. Elle s'observe surtout après la troisième ou quatrième injection, alors que la nouvelle injection se fait en tissu déjà sclérosé. Cette douleur est d'ailleurs passagère et laisse place à un grand bien-être.

— Une deuxième variété de douleurs survient une demi-heure après l'injection. Le malade a des sensations de tiraillement, de corps étranger rectal, une sensation de chaleur périanale, un besoin d'expulsion. Ces douleurs persistent une ou deux heures, rarement davantage et sont calmées par des suppositoires.

— Une troisième variété de douleurs survient du deuxième au sixième jour. Ce sont précisément les douleurs qui accompagnent *l'escharre*, cette dernière d'ailleurs pouvant passer complètement inaperçue du malade et n'être révélée que par l'examen anoscopique. Signalé par Bensaude sous le nom de « nécrose des tissus », et considéré par lui comme l'accident le plus grave, le sphacèle est une complication toujours bénigne.

Trois à quatre jours après l'injection, principalement une injection qui, contrairement aux précédentes, aura été douloureuse, le malade accuse une sensation de cuisson et de pesanteur continue. Parfois, il ressent des élancements douloureux au niveau du point de la zone rectale où aura été faite l'injection, cause de la nécrose. La marche et la station debout sont pénibles, mais rarement le sommeil est troublé et l'appétit diminué, l'état général n'est généralement pas atteint. Parfois, la douleur irradie vers la vessie provoquant de la dysurie, parfois au colon provoquant des coliques : dans ce cas le malade est torturé du besoin d'aller à selle toutes les trois ou quatre heures. Ses efforts n'aboutissent à rien ou à très peu de matières enrobées de glaires sangui-

nolentes. Les troubles sus-mentionnés révèlent la présence de l'escharre.

L'examen anuscopique montre que la muqueuse perd sa coloration pâle, indice de la réaction œdémateuse consécutive aux injections sclérosantes. La muqueuse prend un aspect terne. Il se produit une *plaque de sphacèle blanc verdâtre* de dimensions variables. On peut, avec la pince arracher ce tissu de sphacèle ou le couper avec les ciseaux mais on ne diminue pas pour cela les douleurs. Cette plaque devient plus ou moins noirâtre et en l'espace de deux à quatre jours, le sphacèle *tombe spontanément* (entraînant parfois une abondante hémorragie, 1 cas Jeanneney), mettant à nu un fond rouge bourgeonnant qui s'épidermise et se cicatrise rapidement.

Ce sphacèle dont la durée est de dix à quinze jours est une complication rare : sur 600 cas, Saad n'en a observé que dix et le professeur Jeanneney deux seulement sur cent cinquante. Il se produit principalement dans des cas différents : 1° Quand l'injection est faite dans un bourrelet hémorroïdaire déjà sclérosé; 2° Quand l'injection est faite trop superficiellement. Dans ce dernier cas on a surtout des phénomènes douloureux sans phénomènes de rectite ; 3° Quand on injecte des hémorroïdes externes; 4° Quand on injecte des hémorroïdes internes prolabées irréductibles.

Donc, comme traitement prophylactique, il est indiqué de ne jamais injecter d'hémorroïdes externes, d'hémorroïdes internes prolabées sans réduction préalable, ne jamais injecter au niveau d'un bourrelet déjà sclérosé et de faire l'injection au niveau de la sous-muqueuse.

Cette complication peu grave étant confirmée, on en atténuera les douleurs par les bains de siège chauds; par des lavements ou badigeonnages de solution de Ziehl, on pourra hâter la cicatrisation de la lésion consécutive à la chute des lambeaux nécrosés. On a pu noter exceptionnellement comme complication du sphacèle des cas d'abcès périnéaux

du fait d'une infection secondaire. A la suite de la chute d'une escharre, le Professeur Jeanneney a observé une hémorragie (voir observation n° 14).

CHAPITRE IV

CONTRE-INDICATIONS. — INDICATIONS.

On ne soignera pas évidemment par des injections sclérosantes les hémorroïdes symptomatiques d'une lésion sous-jacente, notamment d'un cancer du rectum, ni les hémorroïdes symptomatiques d'une cirrhose du foie et dues à une hypertension portale, ni les hémorroïdes dues à une rétrodéviation de l'utérus ou symptomatiques d'une lésion pelvienne : tumeur de la prostate, cancer de l'utérus, fibrome, kyste. Chez la femme enceinte où les varices hémorroïdaires cèdent souvent spontanément avec l'accouchement, on doit différer les injections. Il en sera de même chez les sujets atteints de furonculose ou de staphylococcie cutanées. On abandonnera aussi la méthode chez les tuberculeux fébriles, mais on ne l'abandonnera pas chez des sujets âgés, des cardiaques, des artéro-scléreux, des rénaux ou des hépatiques, chez lesquels l'intervention sanglante offre les risques de l'anesthésie.

Les hémorroïdes symptômes et les tares du sujet étant éliminées, faut-il injecter toutes les hémorroïdes ?

Il est des crises hémorroïdaires fugaces et légères qui se manifestent par une courte période de gonflement anal, de la pesanteur, du prurit, de légères hémorragies. Le traitement médical, parfois un simple bain de siège, suffira à les calmer. Les simples démangeaisons de l'adolescence sont en général calmées par les pommades et ne relèvent du traitement sclérosant que si elles se renouvellent trop fréquemment.

Les hémorroïdes en état de fluxion, tendues, violacées, chaudes et douloureuses, demandent à être refroidies avant d'être traitées par les injections sclérosantes. L'étincelage de haute fréquence et la diathermie donnent pour cela de bons résultats : agissant sur les terminaisons nerveuses, ils font disparaître les douleurs si vives ainsi que le spasme sphinctérien qui les accompagne, et préparent ainsi le terrain au traitement sclérosant.

Les hémorroïdes externes sont en général peu volumineuses et ne gênent pas le malade. En période fluxionnaire, elles relèvent du traitement médical et ce n'est que lorsque ces crises se répètent ou que le volume des hémorroïdes devient gênant pour le malade, que l'on est en droit d'intervenir : il semble préférable de réséquer ces hémorroïdes volumineuses.

En règle générale, les hémorroïdes relevant du traitement sclérosant sont les hémorroïdes internes qui s'accompagnent :

- a) de prolapsus réductible,
- b) d'hémorragies,
- c) de douleurs,
- d) de fissure anale.

Tous les *prolapsus*, même les plus anciens, depuis la précidence du début de la maladie qui ne se produit qu'au moment des selles pour se réduire spontanément aussitôt après, jusqu'au prolapsus quasi permanents que provoquent la marche, les efforts, la toux, la station debout trop prolongée, tous ces prolapsus sont justifiables du traitement sclérosant. Il faut cependant avant de traiter ces malades apprécier le degré d'extériorisation de la tumeur. Si la masse hémorroïdaire se prolabe trop facilement et est d'un volume trop accentué, après une première injection, il peut se produire avec les injections sclérosantes ce que Baveraggi appelait des « masses scléreuses anales » et qu'il rap-

portait à un accident de la méthode. Peu volumineuses, ces « masses scléreuses » se résorbent le plus souvent, mais elles peuvent ne pas régresser, gêner le malade et réclamer une résection (voir observation n° 7). Il est certain que les gros prolapsus pédiculés relèvent du traitement chirurgical. Par contre pour les prolapsus partiels réductibles et constitués par le seul glissement de la muqueuse, le traitement sclérosant nous semble le traitement de choix.

Sur les *hémorragies*, les injections ont une influence des plus favorables, le plus souvent constatable après la première injection, qu'il s'agisse de légers saignements en gouttes et en nappe qui anémient le malade insensiblement, qu'il s'agisse des hémorragies profuses et parfois dramatiques. Etranglant la lumière des vaisseaux, le processus sclérosant arrête de ce fait toutes les hémorragies. Comme Jeanneney l'a montré, la méthode trouve ici une de ses meilleures indications : des malades qui auraient été inopérables du fait de leur profonde anémie ont été guéris par les injections sclérosantes. Les anémies modérées, sans atteinte de la richesse globulaire, guérissent rapidement ; graves, elles peuvent persister encore plusieurs mois (voir observations).

Les démangeaisons, le tenesme, les épreintes qui si souvent accompagnent ces hémorroïdes qui saignent, disparaissent de même.

Outre les *douleurs* légères et bénignes du début de la maladie, douleurs dues à l'irritation des terminaisons nerveuses par une simple congestion de la muqueuse, le sujet éprouve surtout des douleurs causées par l'extériorisation de cette muqueuse. Les premières sont facilement calmées par l'hygiène locale et alimentaire. Les secondes relèvent des injections sclérosantes, à moins que l'extériorisation de la muqueuse hémorroïdaire ne soit rendue impossible du fait d'un spasme sphinctérien. Dans ce dernier cas on résout le spasme par le traitement électrique et ce n'est que lorsque l'anuscopie peut être introduit que l'on commence

les injections. Il en est de même pour les sphinctoralgies.

Il nous paraît, en effet, préférable pour le traitement des hémorroïdes avec *fissure anale* d'associer les traitements sclérosant et électrique ou mieux de faire précéder les injections sclérosantes par des séances de diathermie, si toutefois les douleurs trop vives rendent le traitement sclérosant difficile. Et cependant, les injections sous fissures donnent des résultats satisfaisants et peuvent réussir là où a échoué la dilatation (voir observation n° 9). Aussi, devant des hémorroïdes avec fissure anale, si la douleur ne rend pas difficile le traitement sclérosant, nous préférons faire une injection sous-fissuraire, accompagnée d'une série d'injections interstitielles (voir observations n°s 9, 10 et 11).

CHAPITRE V

OBSERVATIONS — CONCLUSIONS.

Observation n° 1

(*Presse médicale*, 6 juin 1928 Bensaude et Oury)

Hémorroïdes avec hémorragies.

M. de P... 70 ans.

Depuis 2 ans, toutes les quatre semaines, apparition d'hémorragies abondantes, rebelles à toute thérapeutique (médication électrique), obligeant le malade à se garnir pendant cinq à six jours.

Excellent état général. Examen rectoscopique, bourrelet hémorroïdaire turgescant sans autre lésion de la muqueuse.

On pratique une seule injection. Dès le lendemain disparition des hémorragies. Un voyage oblige le malade à interrompre le traitement. Trois mois après, nous apprenons que, depuis cette seule injection, il n'y avait plus eu reprise des hémorragies.

Observation n° 2

(*Presse médicale*, 6 juin 1928, Bensaude et Oury)

Hémorroïdes avec hémorragies.

M. B..., homme de 35 ans, jusque là parfaitement bien portant mais qui, au cours d'un traitement spécifique pour plaques muqueuses, fait une brusque hémorragie rectale. Le Dr X... nous adresse ce malade en vue de diagnostiquer et de traiter cette hémorragie.

C'est un malade exsangue, asthénique, présentant tout le tableau d'un collapsus post-hémorragique. Devant l'intensité de cet état anémique, nous redoutons la mobilisation nécessaire à la rectoscopie,

le malade est laissé complètement immobile, vessie de glace sur le ventre, morphine, sérum.

En quarante-huit heures, trois fois l'hémorragie se reproduit, constamment aussi abondante, l'état général reste toujours grave. Dans l'ignorance où nous sommes de l'origine de cette hémorragie (intoxication par arséno-benzol, hémorroïdes) nous décidons une rectoscopie.

L'ampoule rectale est distendue par des caillots sanglants, difficilement nous détergeons la muqueuse anale, siège d'un gros bourrelet hémorroïdaire avec une ampoule veineuse ulcérée. Une seule injection arrête définitivement l'hémorragie et change la scène, qui commençait à devenir inquiétante.

Observation n° 3

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mars 1933, Pr Jeanneney).

Hémorroïdes avec hémorragies.

Mme G..., 41 ans, saigne depuis 6 mois.

Octobre 1930. Très constipée. Dyspnée, palpitations, vertiges, crampes, bourdonnements, œdème; très sensible au froid. Malade pâle, sans appétit, lasse, très dyspnéique.

Perd beaucoup de sang par l'anus à chaque défécation.

Examen du sang (Pr Dupérié).

3.664.000 globules blancs;

Richesse globulaire 86 p. 100. Valeur globulaire 0,85.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

Traitement : 6 injections sclérosantes en novembre-décembre 1930 amènent l'arrêt définitif des hémorragies.

En janvier 1931 la formule sanguine est revenue à la normale et la malade revue en 1933 est en excellent état local et général.

Observation n° 4

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mars 1933, Pr Jeanneney.)

Hémorroïdes avec hémorragies

Mme D..., 42 ans.

20 janvier 1932, hémorroïdes saignant depuis un an et demi.

Anémie grave, pâleur cireuse, dyspnée, palpitations, vertiges, anorexie.

Examen du sang (Pr Dupérié) en février 1932 :

I. Hémoglobine 35%;

Globules rouges 1.488.000 par mmc.

Le temps de saignement et le temps de coagulation paraissent un peu augmentés.

II. Pourcentage leucocytaire :

Polynucléées neutrophiles	77,92%
Lymphocytes	15,59%
Monocytes	3,89%
Monocytes multilobés	1,29%
Mastzellen	1,29%

Globulins nombreux en amas.

Hématies granuleuses normales.

En résumé, *anémie d'un haut degré* du type secondaire. Six injections de sclérosérum amènent l'arrêt des hémorragies.

Quatre mois plus tard, fin juin 1932, l'examen du sang (3.503.000 globules rouges) montre que, malgré le repos et l'arrêt des hémorragies, la formule sanguine n'a pas encore repris ses caractères normaux. De même l'état général est resté médiocre : la dyspnée, la pâleur, l'anorexie persistent, à peine améliorées.

En janvier 1933, la malade est en bon état, son teint est normal, mais elle est encore facilement essoufflée et fatiguée.

Observation n° 5

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mars 1933, Pr Jeanneney.)

Hémorroïdes avec hémorragies

Mme Fl..., 44 ans (juillet 1932).

Hémorroïdes. Depuis deux ans perd beaucoup de sang. Dyspnée, palpitations, bourdonnements d'oreilles, céphalée, crampes, œdème, pâleur, dyspepsie, anorexie.

L'analyse d'urine révèle quelques traces d'albumine.

Examen du sang (Pr Dupérié), 1^{er} juillet 1932 :

Hémoglobine	40%
Globules rouges	2.790.000 p. mmc.
Globules blancs	8.060 p. mmc.
Polynucléées neutrophiles	58,80%
- éosinophiles	2,35%
- lymphocytes	24,71%
- monocytes	11,17%
Monocytes multilobés	2,91%

Une hématie nucléée.

Globulins : en nombre normal.

Hématies granuleuses : 2 par champ.

Anémie d'un assez gros degré avec réaction myéloïde à peine ébauchée.

Dès la première injection, les hémorragies ont cessé. A la fin de juillet, la malade, très soulagée du côté de ses hémorragies (a eu les 6 injections de sclérosérum) est encore très fatiguée, pâle, anorexique.

En décembre 1932, la malade est en assez bon état. L'asthénie et l'anorexie ont disparu.

Observation n° 6

(Due à l'obligeance de M. le Dr H.-J. Duprat.)

Hémorroïdes avec hémorragies.

M. M..., 52 ans.

Depuis 10 ans poussées hémorroïdaires avec hémorragies, obligeant le malade à porter une serviette hygiénique. Depuis 7 ans, prend chaque jour un lavement évacuateur pour éviter le saignement à la défécation.

L'examen montre une procidence réductible et une muqueuse rectale très congestive avec exulcérations. Il est fait du 27 février au 23 avril 1930, 9 injections de 5 cc. de chlorhydrate double quinine et urée à 5%. Pas d'incidents.

Après les injections, le malade circule normalement pour ses affaires.

Au cours du traitement, devant l'amélioration rapide, il supprime le lavement quotidien. Les poussées fluxionnaires disparaissent totalement.

La guérison parfaite se maintient fin 1934.

Observation n° 7

(Due à l'obligeance de M. le Pr Jeanneney.)

Hémorroïdes procidentes avec hémorragies.

M. C..., malade que nous avons eu l'occasion d'interroger. Il est venu consulter le 13 janvier 1934 parce que des hémorroïdes qu'il avait depuis l'âge de 18 ans, saignaient depuis 5 à 6 mois. Après chaque selle, les hémorroïdes sortaient et étaient très douloureuses.

C'est un emphysémateux qui crache mais dont l'analyse des crachats n'a rien donné et qui se plaint de dyspnée et de palpitations.

Malade très affaibli.

Le grand-père était atteint d'hémorroïdes, le père avait été opéré pour la même affection.

Examen du sang (Pr Dupérié), 14 janvier 1934 :

I. Temps de saignement : normal.

Temps de coagulation : normal.

Rétractilité du caillot faible en 24 heures.

II. Hémoglobine	35 %
Globules rouges	1.922.000 par mm ²
Globules blancs	4.960 par mm ²
Polynuclées neutrophiles	55,95 %
— eosinophiles	4,98 %
Lymphocytes	30,91 %
Monocytes	6,63 %
— multilobés	2,21 %

Hématies granuleuses 6 à 2 par champ.

En résumé, anémie intense avec diminution parallèle des ématies et de l'hémoglobine (valeur globulaire normale). Pas d'altération marquée de la forme lymphocytaire, pas de réaction myéloïde.

Traitement : On fait 6 injections sclérosantes. Dès la 2^e injection, les hémorragies ont disparu et l'état général du malade s'est très sensiblement amélioré.

Les hémorragies étant réapparues, le malade reçoit 2 injections sclérosantes qui arrêtent l'écoulement sanguin. À la suite de la première de ces injections le malade a présenté au niveau du point injecté une grosseur dure, indolore mais gênante et ne saignant pas. Cette tumeur qui avait disparu s'est reproduite à l'occasion de la deuxième injection et actuellement le malade présente ce gonflement d'ordre œdémateux rose pâle, indolore, qui, s'il ne disparaît pas, pourra nécessiter la résection.

Observation n° 8

(Due à l'obligeance de M. le Dr H.-J. Duprat.)

Hémorroïdes douloureuses.

M. B..., 42 ans.

Mutilé de guerre, amputé de la cuisse droite, vient le 6 février 1934 parce que, par période, il a de petites poussées hémorroïdaires douloureuses. Les phénomènes algiques dominent.

Une première injection haute de 3 cm³ de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5% est bien tolérée.

On pratique ensuite 5 injections de 5 cc. A la 3^e injection le malade se déclare mieux.

Revu le 25 juin 1934, le malade déclare n'avoir plus de troubles hémorroïdaires.

Le malade est examiné à nouveau en décembre 1934, la guérison se maintient.

Observation n° 9

(Due à l'obligeance de M. le Pr Jeanneney.)

Hémorroïdes compliquées de fissure.

M. D... P., 23 ans.

Consulte le 2 janvier 1934 pour des brûlures en allant à la selle, des douleurs au niveau de l'anus, survenant au moment de la défécation. Rien à signaler dans les antécédents.

Fissure anale et hémorroïdes.

Le 10 mars 1934, on pratique la dilatation et on fait des injections sclérosantes au niveau des 3 paquets hémorroïdaires.

Le 10 avril 1934, le malade revient parce qu'il souffre encore et saigne.

On fait une injection sous-fissuraire et une nouvelle série d'injections sclérosantes qui améliorent et guérissent le malade.

Observation n° 10

(Due à l'obligeance de M. le Pr Jeanneney.)

Hémorroïdes avec fissure

Mme L..., 41 ans.

Vient consulter parce qu'elle souffre de douleurs très vives, de brûlures au moment des selles. Pas d'antécédents héréditaires.

Elle a été opérée à 36 ans pour salpingite.

Elle se plaint de dyspnée, bouffées de chaleur, crampes, d'insomnie.

Hémorroïde avec fissure.

On pratique une injection sous-fissuraire et 6 injections interstitielles. Dès la 3^e piqûre la malade a été très soulagée.

Observation n° 11

(Due à l'obligeance de M. le Pr H.-J. Duprat.)

Hémorroïdes avec fissure anale.

M. D..., 54 ans.

Vient le 6 décembre 1933 : prurit anal depuis plusieurs mois. La région périnéale présente des excoriations; au niveau des plis radiés de l'anus : une fissure profonde. Le malade accuse de la douleur à la défécation et une pesanteur constante de l'anus.

L'examen au spéculum montre une forte congestion de la muqueuse au niveau du plexus hémorroïdaire. Il est pratiqué 1 injection sous-fissuraire et 4 injections hautes de 5 cc. de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5% espacées de 8 jours. Pas d'incidents. Le malade revu le 21 février 1934, un mois environ après la fin de ce traitement, accuse une amélioration du prurit et la disparition de la pesanteur anale. Il présente une petite fissure. Cet état se maintient jusqu'à novembre 1934. A cette époque réapparition d'une fissure profonde. Nous injectons 3 cc. de solution de quinine à 5% sous la fissure. Réaction vive les jours suivants. Au 3^e jour nous notons la formation d'une escharre de 1 cm. carré au niveau de la fissure.

L'élimination de l'escharre et sa cicatrisation se font normalement.

En février 1935 pas de lésion, mais le malade accuse quelques petites poussées congestives de l'anus.

Observation n° 12

(Due à l'obligeance de M. le Pr Jeanneney.)

Hémorroïdes et insuffisance hépatique.

Mme R... T., 58 ans.

Vient le 19 juin 1929.

Malade qui a été opérée d'un fibrome, a eu des crises de rhumatisme, de névralgie intercostale, a eu des symptômes d'hyperchlo-rydie.

Actuellement elle se plaint de dyspnée, de palpitations.

Elle a de l'insomnie, a beaucoup maigri; constipation opiniâtre.

Pas de céphalée.

Il y a quelques jours la malade a fait du sang rouge en assez grande quantité. Le toucher rectal est douloureux.

Anuscope : Hémorroïdes internes et sanglantes. 4 injections sclérosantes.

Le 15 juillet 1929 : Bon appétit, meilleur état général, plus d'hémorragies, mais les digestions sont lentes, la malade a des nausées. On lui donne un traitement pour insuffisance hépatique et la malade revient peu de temps après avec un état général très amélioré.

Observation n° 13

(Due à l'obligeance de M. le Dr J.-H. Duprat)

Hémorroïdes et troubles gastro-intestinaux

M. D..., 45 ans.

5 juin 1932 vient consulter pour crises gastriques et entérite muco-membraneuse. Amaigrissement marqué : 55 kg. Se plaint en outre d'hémorroïdes avec début de prolapsus. Saigne à toutes les défécations.

Traitement des troubles digestifs associé à 3 injections sclérosantes de quinine à 5%.

Le 19 juillet 1932 : Etat général très amélioré : poids : 61 kg.

Les troubles digestifs s'amendent. Le malade ne souffre plus des hémorroïdes et ne saigne pas en allant à la selle.

Observation n° 14

(due à l'obligeance de M. le Pr Jeanneney)

Accident : hémorragie par suite de la chute d'une escharre.

Mlle D..., 32 ans.

Vient parce qu'elle perd du sang en allant à la selle. Alternative de constipation opiniâtre et de selles glaireuses et sanguinolentes.

Haleine forte.

Traces d'urobiline dans les urines.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Pleurite à 31 ans.

A l'anuscopie : Hémorroïdes qui saignent.

L'on commence les injections sclérosantes.

A la 3^e piqûre, l'aiguille n'ayant pas été enfoncée suffisamment, il se forme une escharre qui, en tombant, provoque une hémorragie.

Lavement antipyriné et suspension momentanée des injections.

Observation n° 15

(Due à l'obligeance de M. le Pr Jeanneney.)

Echec du traitement sclérosant.

M. M..., 38 ans.

Vient consulter parce qu'il perd du sang.

Hémorroïdes depuis l'âge de 12 ans.

Alternative de diarrhée et de constipation.

Selles longues et pénibles.

A pâli depuis 3 mois.

Antécédents : Congestion pulmonaire à 12 ans;

Pleurésie sèche à 23 ans;

Névralgies intercostales;

Névralgie faciale;

Paludisme.

Examen des selles : négatif.

Hémorroïdes procidentes avec hémorragies.

Six injections sclérosantes : Pas de résultat. Comme à l'anuscope on voit un bourrelet bouchant complètement la lumière du rectum, on décide l'intervention chirurgicale. Bons résultats.

L'entérite qui persiste est améliorée par une médication appropriée et la suppression de l'alcool.

CONCLUSIONS

I

Traitement nouveau des hémorroïdes, les injections sclérosantes nous semblent devoir tenir une place importante dans la thérapeutique des hémorroïdes. Elles seront accompagnées souvent d'un traitement médicamenteux destiné à combattre soit la déficience du système circulatoire, soit l'anémie résultant de la répétition des hémorragies, soit l'insuffisance hépatique, compagne habituelle des hémorroïdes.

II

La technique que nous préconisons consiste dans les injections interstitielles. Cette méthode est une méthode « ambulatoire ». Qu'il s'agisse d'injections intra-hémorroïdaires d'alcool, selon la méthode de Boas, ou d'injections d'une solution de quinine uréthane concentrée à 40 % selon la méthode de Bellot, le malade doit se reposer quelques jours : outre l'inconvénient du séjour à la clinique, il y a encore l'ennui de l'anesthésie générale obligatoire dans ces traitements douloureux.

Au contraire, l'injection interstitielle et même l'injection intraveineuse à dose faible et répétée est absolument indolore, à tel point que le malade peut vaquer à ses occupations habituelles sitôt après la piqûre. L'injection interstitielle est plus facile à pratiquer que l'intraveineuse : la veine fuit sous l'aiguille, les parois se déchirent facilement,

une douleur vive survient fréquemment, douleur brûlante, passagère, résultant du passage du sclérosant en dehors de la veine.

III

Nous ne dirons pas toutefois que cette thérapeutique doit être exclusive. Bons tant qu'ils se complètent, tous les traitements proposés pour la cure des hémorroïdes deviennent mauvais dès qu'ils s'excluent.

On emploiera spécialement ces injections pour les hémorroïdes s'accompagnant d'hémorragies, de procidence réductible, de douleurs et de fissure anale.

IV

Dans les cas où nous pouvons employer indifféremment tout traitement il nous semble préférable, quitte à l'abandonner ensuite en cas d'échec, d'adopter le traitement sclérosant. La méthode de diathermo-coagulation a le même mode d'action que les injections sclérosantes, elle obtient le même résultat en moins de séances, mais au prix de l'anesthésie locale ou épidurale, de douleurs vives au réveil, d'une alitement parfois prolongé après chaque séance.

Les procédés chirurgicaux donnent de très bons résultats, mais c'est un traitement douloureux au moins pendant les 48 heures qui suivent l'opération. On a noté à leur suite des récidives, des rétrécissements de l'anus, une incontinence plus ou moins marquée pour les matières liquides. « Le traitement chirurgical des hémorroïdes, a dit le professeur Quénu, comporte plus de difficultés qu'on ne pourrait le penser *a priori*. Il n'est pas toujours des plus simples, il est même souvent, je n'hésite pas à le proclamer, plus complexe que l'ablation d'un kyste de l'ovaire. »

V

Les observations inédites que nous avons rapportées ont été prises parmi une centaine. 90 % des malades ont guéri sans incidents notables ; un seul a fait une hémorragie à la suite de la chute d'une escharre. Trois ont fait des récidives, améliorées d'ailleurs ensuite par de nouvelles piqûres. Nous avons noté un échec. Les autres malades ont été très sensiblement améliorés.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 3 avril 1935
Le Recteur de l'Académie,
Pour le recteur, le Doyen délégué
CIROT

BIBLIOGRAPHIE

- Atchildi (A.).** — « A propos du traitement des hémorroïdes par la méthode sclérosante, un cas d'intolérance aiguë par le chlorhydrate double de quinine et d'urée (Kinurea) », *Presse médicale*, 4 oct. 1930, p. 1355.
- Beaujean.** — « Diagnostic et traitement sclérosant des hémorroïdes », *Bruzelles médical*, 11 juin 1933.
- Bellot (V.-J.).** — « Traitement sclérosant en une séance des hémorroïdes. Résultats d'une expérience de cinq ans », *Arch. de méd. et pharm. navales*, juillet-août-septembre 1928, n° 3, p. 237.
- « Traitement en une séance des hémorroïdes. Résultat d'une expérience de six ans », *La Presse médicale*, 12 oct. 1929, p. 1328 et *Rev. gén. de méd. et de chir. de l'Afrique du Nord*, n° 96, 20 janv. 1930, p. 153.
- « Traitement sclérosant en une séance des hémorroïdes », *Les bonnes formules*, Paris, février 1930.
- Bensaude (R.).** — « Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes de chlorhydrate double de quinine et d'urée », *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 11 mai 1923, in *Bull. et Mém. soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1923, 3^e série, XLVII, p. 686-693.
- « Les injections sclérosantes dans le traitement des hémorroïdes », *Rev. méd. française*, 2^e année, n° 3, mars 1930, p. 241-246.
- Bensaude et Oury (P.).** — « Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes », *La Presse médicale*, 6 juin 1928, p. 706.
- « Les injections sclérosantes dans le traitement des hémorroïdes », *Journal médical français*, n° 2, février 1929, p. 58.
- Boquiem (Y.).** — « Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes », *Gazette médicale de Nantes*, n° 5, 1^{er} mars 1934.
- Bordet.** — « Trois cures de varices et hémorroïdes par les injections sclérosantes », *La Bourgogne médicale*, n° 2, février 1929, p. 67.
- Brockman (T.).** — « Injections method of treating hemorrhoids », *South med. et surg.*, février 1931, p. 96-98.
- Bumm.** — « Injections sclérosantes dans le traitement des hémorroïdes », *Der Chirurg*, fasc. 31, 1^{er} janvier 1933.

- Cambies.** — « Traitements récents de quelques affections ano-rectales : hémorroïdes, fissures, prurit anal », *Bull. et Mém. de la soc. de méd. de Paris*, n° 2, séance du 24 janvier 1930, p. 50-59.
- Crivelli (L.).** — « The Bensaude and Oury method of injecting hemorrhoids », *The medical journal of Australia*, n° 5, 3 august 1929, p. 159.
- Dresel.** — « Traitement sclérosant des hémorroïdes par une solution de quinine (antiphlebine) », *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 36, 2 septembre 1932, p. 1405.
- Elsner.** — « Sur le traitement sclérosant des hémorroïdes », *Deutsche med Wochenschr.*, t. LVI, n° 5, 31 janvier 1930, p. 180.
- Fansler (A.).** — « Some fundamental considerations in injection treatment of hemorrhoids », *Journ. Iowa med. soc.*, n° 22, janv. 1932, p. 27-29.
- « Injection treatment of hemorrhoids some fallacies and complications », *Minnesota med.*, février 1932, p. 98-100.
- Felch (M.-F.).** — « Injection treatment of internal hemorrhoids », *Milit. Surgeon*, juin 1931, p. 760-765.
- Fildermann.** — « Anatomie pathologique des hémorroïdes sclérosées par les injections sclérosantes », *Bull. off. de la soc. méd. des Praticiens*, avril 1929, p. 70.
- Fiolle (J.). Mathieu et Luccioni.** — « Hémorragies intestinales consécutives à la cure des hémorroïdes », *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Marseille*, n° 10, décembre 1933.
- Frankel.** — « Traitement sclérosant des hémorroïdes avec inflammation », *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 38, 16 sept. 1932, p. 1487.
- Friedmann (R.).** — « Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes », *Archives hospital.*, n° 5, septembre 1933.
- Girault (A.).** — « Les injections sclérosantes dans les hémorroïdes », *Presse thermique et climatique*, n° 3282, 15 octobre 1932.
- Goldmann (C.) et Segal (L.).** — « Injections treatment of hemorrhoids », *M. J. Rec.*, 16 juillet 1933, p. 64-65.
- Gorsch (R. V.).** — « Injection treatment of hemorrhoids », *M. J. et Rec.*, 2 mars 1932, p. 216-219.
- Grenaud.** — « Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes », *Centre médical scientifique*, n° 1, janvier 1932.
- Helies (H.).** — *Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes interstitielles associées à la haute-fréquence*, thèse de Toulouse, 1933, n° 38.
- Henninger.** — « Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes », *Zentralb. f. Chirurgie*, 4 mars 1933.
- Jeanneney (C.).** — « La méthode sclérosante dans les anémies d'origine hémorroïdaire », *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, séance du 16 janvier 1933, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 février 33.
- « La méthode sclérosante dans les anémies d'origine hémorroïdaire », *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1933, p. 193.

- Junghanns.** — « Résultats du traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes », *Archiv f. klin. Chirurgie*, 15 déc. 1933.
- Le Blaye.** — « Le traitement des hémorroïdes par la méthode des injections », *Soc. de méd. de la Vienne*, juin 1930, *Archives médico-chir. de Province*, nov. 1930, *L'Hôpital*, janv. 1931.
- Makhlin** (E. U.). — Hemorrhoids and new sclerotic treatment », *Klin. J. Saratov Univ.*, sept. 1928.
- Marino.** — « Traitement des hémorroïdes par injections sclérosantes », *The amer. J. of Surgery*, t. XXIII, février 1934, p. 366 à 370.
- Marty.** — « Un cas d'impuissance compliquant le traitement d'hémorroïdes par injections sclérosantes », *Soc. anal.-clin. de Bordeaux*, in *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 février 1931, p. 139.
- Mason** (W. H.). — « Injection treatment of hemorrhoids », *Kentucky med. Journ.*, février, 1932 p. 59-64.
- Mevedy.** — « Traitement sclérosant des hémorroïdes », *The Lancet*, n° 5653, 2 janvier 1932, p. 17.
- Monts.** — *Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes*, thèse de Paris, 1927.
- Mouls.** — *Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes*, thèse de Paris, 1924, n° 31.
- Nemours** (Auguste) et **Bertillon** (F.). — « Ulcération rebelle du rectum à la suite d'injection sclérosante. Guérison par application locale d'ultra-violet », *Bull. mens. de la soc. méd. des Praticiens*, mars 1932.
- Pavel.** — « Injectiunile sclerozante in tratamentul hemoroizilor », *Romania medicală*, 15 martia 1930.
- Pazzagli** (R.). — Sui risultati delle iniezioni sclerosanti di salicilato di sodio nella cura delle emorroidi, *Minerva Medica*, 13 oct. 1930, p. 519-524.
- Perrin** (W. S.). — « Discussion on injection treatment of piles », *Proceeding Roy. soc. med. (sect. surg.)*, août 1930, p. 119-130.
- Perrin** (W. S.) et **Others.** — Injection treatment of piles, *Brit. med. Journ.*, 23 mai 1931, p. 897-898.
- Quénu.** — « Etudes sur les hémorroïdes », *Revue de chirurgie*, 1891.
- Rachet** (J.). — « Le traitement curatif des hémorroïdes par les méthodes ambulatoires », *Paris médical*, 1^{er} avril 1933, p. 302.
- Robb** (D.). — « Treatment of internal hemorrhoids by injection », *Practical med.*, septembre 1930, p. 178-181.
- Robinson** (L. F.). — « Present status of injection treatment of internal hemorrhoids », *Journ. Florida Med. Assoc.*, nov. 1931, p. 215-220.
- Rochard** (A.). — « Le traitement des hémorroïdes par la méthode ambulatoire des injections sclérosantes », *Le Monde médical*, 15 août 1929.
- Saad** (B.). — « Le sphacèle rectal dû aux injections sclérosantes », *Le Monde médical*, 15 avril 1930.

- Sacks.** — Note sur le traitement sclérosant des hémorroïdes internes, *The British Med. Journ.*, n° 3764, 25 février 1933.
- Santos.** — « Nouveaux modèles d'anuscope et de canule pour le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes », *Rev. sud-amér. de méd. et de chir.*, t. I, n° 1, janv. 1930, p. 61.
- Sodré (L.).** — « O tratamento das hemorroides por meio de injeccões esclerosantes », *Brazil Medico* (Rio de Janeiro), 1925, p. 143-151-155.
- Stanton (F. D.).** — « Injection treatment of hemorrhoids », *J. Am. Osteopath.*, avril 1931, p. 316-318.
- Strombeck (J. P.).** — « Injection treatment in hemorrhoids », *Svenska läk. tidning*, 26 juin 1931, p. 897-903.
- Thibault.** — « Quelques réflexions au sujet de la cure des hémorroïdes par les injections sclérosantes », *L'Echo médical des Cévennes*, décembre 1929.
- Yeomans (F. C.).** — « Injection treatment of hemorrhoids », *Amer. Journ. Surgery*, nov. 1931, p. 489-491.
- Valory.** — « Le traitement des hémorroïdes par injections sclérosantes », *La Loire médicale*, novembre 1933.

